



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2007

Psychotherapie im Alter

Forstmeier, Simon ; Maercker, Andreas

Abstract: Störungsmodelle in der Alterspsychotherapie beziehen neben schulenspezifischen Störungs- und Behandlungsmodellen auch gerontologische Konzepte mit ein. Daher werden zunächst das Alters- und störungsspezifische Rahmenmodell sowie das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation dargestellt. Sie zeigen, dass nicht nur erschwerende Faktoren (wie Multimorbidität, Verluste, Fähigkeitseinschränkungen) sondern auch erleichternde Faktoren (wie Bewältigungs- und Lebenserfahrung, angepasste Wohlbefindensregulation) relevant sind. Allgemeine altersbezogene Modifizierungen psychotherapeutischer Techniken werden beschrieben. Schwerpunkt ist die Darstellung verhaltenstherapeutischer Interventionen bei körperlichen Veränderungen und Krankheiten sowie bei kognitiver Beeinträchtigung und Frühdemenz. Dabei wird erläutert, wie in der Alterspsychotherapie das klassische Patient-Therapeut-Setting erweitert wird mit Angeboten für Angehörige der Patienten und Supervision für Pflegepersonen. Ergänzt wird dieser Beitrag durch einen Überblick über die Behandlung von Depression und Angststörungen im Alter.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-97751>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Forstmeier, Simon; Maercker, Andreas (2007). Psychotherapie im Alter. *Psychotherapeutenjournal*, 6(4):340-352.

ISSN 1611-0773
D 60843
6. Jahrgang

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

Organ der Bundespsychotherapeutenkammer, der
Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg,
Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen,
Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-
Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

4/2007

19. Dezember 2007 (S. 337-456)

- Psychotherapie im Alter
- Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie?
- Behandlung von Cannabisstörungen
- Dokumentationspflicht und Akteneinsichtsrecht
- Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen
- Sachverständigentätigkeit als Aufgabengebiet für Psychotherapeuten

***Psychotherapeuten
Verlag***

Psychotherapie im Alter

Simon Forstmeier, Andreas Maercker

Psychologisches Institut der Universität Zürich

Zusammenfassung: Störungsmodelle in der Alterspsychotherapie beziehen neben schulenspezifischen Störungs- und Behandlungsmodellen auch gerontologische Konzepte mit ein. Daher werden zunächst das Alters- und störungsspezifische Rahmenmodell sowie das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation dargestellt. Sie zeigen, dass nicht nur erschwerende Faktoren (wie Multimorbidität, Verluste, Fähigkeitseinschränkungen) sondern auch erleichternde Faktoren (wie Bewältigungs- und Lebenserfahrung, angepasste Wohlbefindensregulation) relevant sind. Allgemeine altersbezogene Modifizierungen psychotherapeutischer Techniken werden beschrieben. Schwerpunkt ist die Darstellung verhaltenstherapeutischer Interventionen bei körperlichen Veränderungen und Krankheiten sowie bei kognitiver Beeinträchtigung und Frühdemenz. Dabei wird erläutert, wie in der Alterspsychotherapie das klassische Patient-Therapeut-Setting erweitert wird mit Angeboten für Angehörige der Patienten und Supervision für Pflegepersonen. Ergänzt wird dieser Beitrag durch einen Überblick über die Behandlung von Depression und Angststörungen im Alter.

1. Gerontopsychologische Grundlagen der Psychotherapie im Alter

Für die Psychotherapie im Alter ist es charakteristisch, dass sie nicht nur schulenspezifische Störungs- und Behandlungsmodelle zur Grundlage hat, sondern darüber hinaus auch gerontopsychologische Konzepte. Zu Beginn dieses Überblicks werden wir daher zwei schulenspezifische und störungsübergreifende Modelle darstellen, auf die bei der Beschreibung der Interventionen zurückgegriffen wird (Maercker, 2002, 2003). Daran anschließend beschreiben wir vor allem verhaltenstherapeutische, aber auch lösungsorientierte Interventionen bei körperlichen Veränderungen, Angststörungen, Depressionen und kognitiver Beeinträchtigung. Die in der Alterspsychotherapie etablierten tiefenpsychologischen Ansätze können wir in diesem Rahmen nicht darstellen. Um einen ausgewogenen Blick auf die Alterspsychotherapie zu erhalten, sei dem Leser entsprechende Literatur ans Herz gelegt (Bäurle, Radebold & Hirsch, 2000; Heuft, Kruse & Radebold, 2006).

Alters- und störungsspezifisches Rahmenmodell

Das Alters- und störungsspezifische Rahmenmodell (ASR-Modell) von Maercker (2002) geht von der Grundannahme aus, dass die psychologische Behandlung älterer Menschen jeweils zwei Perspektiven zugleich berücksichtigen sollte: die altersbezogene und die störungsspezifische Perspektive.

Die Altersspezifik der klinisch präsentierten Beschwerden und Störungen wird durch das Wechselspiel altersbezogener erschwerender und erleichternder Faktoren bestimmt. Zu den erschwerenden Faktoren gehören die Multimorbidität, interpersonelle Verluste, Fähigkeitseinschränkungen und die eingeschränkte Lebenszeit. Erleichternde Faktoren sind unter anderem die kumulierte Bewältigungs- und Lebenserfahrung, eine positive Affektbilanz (negative Emotionen werden seltener, positive bleiben stabil), eine kompetentere Selbstregulation sowie die angepasste Wohlbefindensregulation (trotz alterstypischen Verlusten bleibt das allgemeine subjektive Wohlbefinden relativ stabil). Aus der Altersspezifik der Störungen leitet sich ab, dass beste-

hende verhaltenstherapeutische Verfahren auf notwendige Modifikationen hinsichtlich ihres Einsatzes in der Alterspsychotherapie untersucht werden müssen.

Die Störungsspezifität ist auch ein Aspekt der Psychotherapie von jüngeren Erwachsenen. Das Modell postuliert aber, dass sich die Therapieziele und die Behandlung alter Menschen noch konsequenter auf einzelne Störungen beziehen müssen (z. B. die Varianten der Lebensrückblicksinterventionen als spezielle Verfahren für Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS). Dabei ist zu beachten, dass eine Störung entweder aus früheren Lebensphasen bis ins Alter hineinreicht oder neu im Alter erworben wurde.

Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation

Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK-Modell, Baltes & Carstensen, 1996) trifft auf einer spezifischen Ebene Aussagen darüber, an welchen Schnittstellen psychologische und psychotherapeutische Interventionen mit älteren Menschen sinnvoll einsetzbar sind. Nach dem Modell werden psychologische Anpassungsprozesse durch drei Komponenten erreicht: Selektion, Optimierung und Kompensation.

Selektion bezieht sich auf die Auswahl und *Neuanpassung* von Zielen und Verhaltensbereichen im Sinne der Eingrenzung der Anzahl möglicher Alternativen, der Konzentrierung auf begrenzte Ressourcen sowie auf Spezialisierungen. Psychologische Interventionen zur Selektion werden notwendig bei verschiedenen sozialen Verlusten, körperlichen Einschränkungen und wohnlichen Veränderungen. Selektion erfordert eine motivationale Bereitschaft, kognitive Flexibilität und Handlungsorientierung.

Optimierung bezieht sich auf die Stärkung und Nutzung *vorhandener* zielrelevanter Handlungsmittel und Ressourcen. Psychologische Interventionen zur Optimierung zielen auf die Gestaltung einer angereicherten Umwelt, indem durch eine Verbesserung bzw. den Einsatz von Hilfsmitteln Handlungs-, Entscheidungs- und Kontrollspielräume erhalten bleiben. Konkrete Interventionen im Sinne von Optimierungsprozessen richten sich v. a. auf die physikalische Umwelt (z. B. Gestaltung des Wohnraums, der Treppen, altengerechtes Wohnen usw.) und den Einbezug von Diensten und Serviceleistungen der Familie, der Partner und der Gemeinde (z. B. Essensdienste, Pflegedienste, Einkaufshilfen).

Kompensation zielt auf die Schaffung, das Training und die Nutzung *neuer* Handlungsmittel, um Einschränkungen und Verlusten entgegenzuwirken. Die Kompensation wird dann erforderlich, wenn Fähigkeiten und Fertigkeiten ganz oder teilweise verloren gehen, das damit verbundene Ziel jedoch beibehalten werden soll. Die

gerontologische Interventionsforschung hat gezeigt, dass die meisten älteren Menschen eine beträchtliche mentale Reserve besitzen, die durch Übung und Lernen aktiviert werden kann, z.B. in den Bereichen Gedächtnis, soziale Kompetenz, Aktivitäten des Alltagslebens, chronische Krankheiten, Sexualstörungen usw.

2. Altersbezogene Modifizierungen psychotherapeutischer Techniken

Im Wesentlichen werden für ältere Patienten keine neuen oder anderen Psychotherapieverfahren und Behandlungstechniken benötigt. Grundsätzlich ist ja jede Therapie – unabhängig von der Altersstufe des Patienten – etwas Individuelles, denn jeder Patient kommt mit verschiedenen Problembereichen, idiosynkratischen dysfunktionalen Gedanken und verschiedenen Graden von Veränderungsmotivation in die Therapie. Dennoch vermögen die Alterspsychotherapie und die ihr zugrunde

liegenden Konzepte etwas zu einer Erweiterung des Spektrums psychotherapeutischer Interventionen im Alter beizutragen. Zum einen müssen, wie die folgenden Abschnitte zeigen werden, einige Interventionen zur Anwendung bei älteren Menschen modifiziert werden. Zum anderen gibt es einige Verfahren, die spezifisch für diese Altersgruppe entwickelt wurden, z. B. Interventionen zur Selbstständigkeitsförderung (siehe unten) oder Lebensrückblicksinterventionen, die an anderer Stelle dargestellt werden (Forstmeier & Maercker, 2007b, angenommen).

Modifikationen des therapeutischen Vorgehens. Auf der praktischen Ebene der Therapiedurchführung gibt es eine Reihe weiterer Besonderheiten, die für Alterspsychotherapien und klinisch-psychologische Interventionen wichtig sind. Dazu gehören (Näheres in Forstmeier & Maercker, 2007b):

- Bewusstes Fokussieren auf das Gesprächsthema ist häufig nötig.

EMDR-Institut Deutschland

der autorisierte Partner des EMDR-Instituts von Francine Shapiro PhD, USA



EMDR ist eine von Dr. Shapiro (USA) entwickelte erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgeerkrankungen und ist gut integrierbar in jedes Psychotherapieverfahren. Die praxisnahe Ausbildung erfolgt in supervidierten Kleingruppen und ist mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert. 2006 wurde EMDR als wissenschaftliche Methode anerkannt.

Dr. Arne Hofmann und sein Team sind in Deutschland die einzigen von Dr. Shapiro autorisierten EMDR-TrainerInnen.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

24.-26.01.08 + 01.03.08 **Oberursel**
14.-16.02.08 + 04.04.08 **Köln**
22.-24.02.08 + 05.04.08 **Berlin**
23.-25.05.08 + 21.06.08 **Bad Segeberg/Hamburg**
29.-31.05.08 + 13.09.08 **Wiesloch**
12.-14.06.08 + 05.09.08 **Köln**
18.-20.09.08 + 17.10.08 **Krefeld**
26.-28.09.08 + 08.11.08 **Bremen**
03.-05.10.08 + 22.11.08 **Berlin**
24.-26.10.08 + 22.11.08 **München**

Info und Anmeldung:
D - 51427 Bergisch Gladbach
Telefon: +49 - (0) 22 04 - 2 58 66
Telefax: +49 - (0) 22 04 - 96 31 82

EMDR-Institut
Dolmanstraße 86 b
www.emdr.de
info@emdr-institut.de

Akademie bei Herbert König & Gerhard Müller

Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg
Tel.: 0931 - 46079033, Fax: 0931 - 46079034
akademie@koenigundmueller.de
http://www.koenigundmueller.de



Einführung in die computergestützte kognitive Rehabilitation mit RehaCom

18.01.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080118A)
Dipl.-Ing. Frank Schulze 170.00 €* (281.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 161.00 €* (266.00 CHF*) 8 Std.

Praxis der Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

25.01.-26.01.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080125A)
Dr. Claus Jacobs, Dipl.-Psych. 298.00 €* (492.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 283.00 €* (467.00 CHF*) 16 Std.; FE-Punkte: 22

Winterakademie 2008: Supervision in der Neuropsychologie - Neue Perspektiven von Fall zu Fall -

28.02.-01.03.2008 A-Innsbruck (Kursnr. FB080228A)
Elisabeth Baumgartner & Verena Günther, Hans Linster & Heidi Möller, Pamela Schmidt & Astrid Schreyögg 395.00 €* (652.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 395.00 €* (652.00 CHF*) 20 Std.

Demenz - Grundlagenwissen und Vertiefung -

29.02.-01.03.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080229A)
Prof. Dr. Wolfgang Meins, Dipl.-Psych. 298.00 €* (492.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 283.00 €* (467.00 CHF*) 16 Std.; FE-Punkte: 22

ADHS im Erwachsenenalter

07.03.-08.03.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080307A)
Dipl.-Psych. Silvia Fries 218.00 €* (360.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 207.00 €* (342.00 CHF*) 12 Std.; FE-Punkte: 15

Die Praxis der neuropsychologischen Begutachtung

14.03.-15.03.2008 D-Hilden (Kursnr. FB080314C)
Dipl.-Psych. Herbert König 218.00 €* (360.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 207.00 €* (342.00 CHF*) 12 Std.

NeXus Anwenderkurs Biofeedback und Neurofeedback (Herzratenvariabilität, Migräne, Stress, EMG und Atemtraining)

14.03.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080314D)
Erwin Hartsuiker 165.00 €* (272.00 CHF*) / GNP-Mitgl.: 165.00 €* (272.00 CHF*) 8 Std.; Bitte Modulrabatte beachten! Folgende Kurse gehören zum Modul: FB080314D, FB080315A

NeXus Anwenderkurs Biofeedback und Neurofeedback (EEG-Training, QEEG und langsame kortikale Potentiale)

15.03.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080315A)
Erwin Hartsuiker 165.00 €* (272.00 CHF*) / GNP-Mitgl.: 165.00 €* (272.00 CHF*) 8 Std.; Bitte Modulrabatte beachten! Folgende Kurse gehören zum Modul: FB080314D, FB080315A

Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!

*Kosten incl. MwSt.

- Langsameres Vorgehen, d.h. klarer Sprechen, kleinere Schritte der Problemlösung, häufige Wiederholungen, Erhöhung der Sitzungszahl.
- Multimodale Instruktionen, z. B. durch visuelle Veranschaulichungen und Notizen durch den Patienten.
- Gedächtnishilfen, z. B. Sitzungen auf Tonband mitgeben, schriftliche Hausaufgaben, Mitgeben von Handouts.
- Strategien des Aufmerksamkeitserhalts, z. B. verkürzte Sitzungen oder Pausen einschieben.
- Einstellung zur Psychotherapie muss überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden (z. B. „Nur verrückte Leute gehen zum Therapeuten“, „Ich werde passiv behandelt“)
- Unkonventionelle Settings, z. B. im Krankenhaus am Bett des Patienten, bei Hausbesuchen oder in Seniorenheimen.
- Medizinisches Grundwissen sowie der Kontakt mit Ärzten ist von großer Wichtigkeit.
- Explizite Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen.

3. Interventionen bei körperlichen Veränderungen im Alter

96% der Über-70-Jährigen haben mindestens eine und 30% fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Erkrankungen (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Am häufigsten sind Erkrankungen des kardio- und zerebrovaskulären Systems und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Es ist notwendig, dass ein Psychotherapeut ein Grundwissen über die häufigsten Erkrankungen, deren subjektives Beschwerdebild, Ursachen, Verlauf und medikamentöse Behandlung hat (z. B. Füsgen, 2000).

Körperliche Erkrankungen können zu funktionellen Einschränkungen führen. Diese Funktionseinbußen werden eingeteilt in den Bereich der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living, ADLs) und der instrumentellen ADLs (IADLs). Zu den ADLs gehören u.a. Körperpflege, Treppensteigen, Spaziergehen,

Anziehen, WC-Benutzung und Essen. Zu den IADLs zählen u.a. Telefonieren, Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung, Wäsche, Verkehrsmittel benutzen, Medikamente einnehmen und Geldgeschäfte tätigen. Über 30% der Senioren benötigen Hilfe beim Einkaufen und bei der Benutzung von Transportmitteln, bei basalen Tätigkeiten des alltäglichen Lebens nur ca. 1-10%. Ab 85 Jahren steigt die Hilfsbedürftigkeit jedoch stark an (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996).

Psychische Faktoren wie Angst, Depression und ein abhängiger Persönlichkeitsstil können dazu beitragen, dass sich ein Patient beeinträchtigter verhält als er eigentlich ist. Personen mit Mobilitätsstörungen vermeiden, vielleicht aus Angst vor Schmerzen oder Fallen, aus dem Haus zu gehen. Schwer sehbehinderte Personen versuchen vielleicht wegen depressiver Antriebsschwäche keine alternativen Lesemöglichkeiten wie Bücher mit großen Buchstaben usw. Problematisch kann andererseits auch sein, die Fähigkeitseinschränkungen nicht zu akzeptieren und über die eigenen Grenzen zu gehen. Patienten mit einem körperlich sehr aktiven Lebensstil versuchen vielleicht ihre Aktivitäten beizubehalten, die inzwischen jenseits ihrer Möglichkeiten liegen. Als Folge verschlechtert sich die Krankheit, der Patient erlebt Erschöpfungsreaktionen, wird häufiger wieder im Krankenhaus behandelt usw. Der Therapeut muss daher durch Befragung des Patienten, der Angehörigen und Ärzte herausfinden, wo seine körperlichen Grenzen liegen und ob er zuviel oder zuwenig versucht.

In Rahmen dieses Artikels wird im Folgenden nur auf Interventionen zur Akzeptanz altersbezogener Veränderungen und Krankheit sowie auf die Förderung von Selbstständigkeit eingegangen. Weitere Aspekte wie die Bewältigung chronischer Krankheiten und die Therapie bei Inkontinenz ist in weiterführender Literatur erläutert (Maercker, 2002; Forstmeier & Maercker, 2007b; Ehler, 2003).

Akzeptanz altersbezogener Veränderungen und Krankheit

Nicht selten lehnt ein Patient die körperlichen Veränderungen sowie ganz beson-

ders eine chronische Erkrankungen und Behinderung ab. Dies kann sich auf verschiedene Arten zeigen: in Klagen über die Krankheit, im Hass auf den Körper, im Katastrophisieren („Das ist schrecklich, was mir da passiert!“) oder im Selbstmitleid. Ziel der Psychotherapie ist, diese Haltung zu ersetzen durch eine akzeptierende Einstellung.

Kognitive Restrukturierung. Eine der wichtigsten Strategien zum Aufbau von Akzeptanz ist die kognitive Restrukturierung. Ausgangspunkt ist die Identifikation desjenigen Aspekts der Krankheit, des Symptoms, des veränderten Körperteils oder der Begrenzung, die dem Patienten zu schaffen macht. Beispiele für funktionale Kognitionen, wie sie mit einem Patienten erarbeitet und von ihm trainiert werden können, sind:

- Ich habe keinen schlechten Körper, sondern einen anderen als bisher. Ich mag das nicht, aber ich kann das aushalten.
- Ich richte meine Aufmerksamkeit auf das, was in der Situation angenehm ist.
- Ich schenke den Stärken meines Körpers jetzt mehr Beachtung als den Schwächen.
- Ich genieße jetzt die Freunde und meine Familie um mich herum.
- Ich belaste meinen Körper nicht mit Anforderungen, die er nicht tragen kann. Das wird mich nur frustrieren.
- Ich mache das, was ich kann, nicht das, was ich nicht kann.
- Ich danke meinem Körper dafür, dass er sich so bemüht und einiges schafft.

Verwendung von Metaphern. Insbesondere die Akzeptanz und Commitment Therapie (Hayes, Strosal & Wilson, 2004) verwendet Metaphern, um eine andere Sicht der Krankheit und Behinderung anzubieten. Die folgende Metapher eignet sich bei Patienten, die sich aufgrund des veränderten oder kranken Körpers als schwach, minderwertig oder zerfallend wahrnehmen (nach Sharoff, 2004, S. 56). „Sie können verschiedene Arten von Vorstellungen von sich selbst haben. Ich möchte Ihnen eine Art zeigen, wie Sie sich selbst sehen können. Sie sind wie ein großartiges altes Gebäude, das viele Stürme abgehalten und



Parkland-Klinik
Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt ist die Stelle einer/s

Psychologischen Psychotherapeutin/en

neu zu besetzen

In der Parkland-Klinik werden Patienten aus dem gesamten Spektrum der Psychotherapie und Psychosomatik behandelt. Behandlungsschwerpunkte bestehen im Bereich der Essstörungen und der Adipositas (auch bei Jugendlichen), der Alterspsychotherapie (ab 60 Jahre), der Psychotraumatologie und der muttersprachlichen Behandlung von türkischen und griechischen Migranten.

Die Klinik kooperiert mit verschiedenen analytischen und verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitutionen. Es besteht eine vielfältige wissenschaftliche Zusammenarbeit mit verschiedenen Universitäten mit Promotionsmöglichkeiten.

Bitte senden Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen an die Kaufmännische Direktion der

Parkland-Klinik, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen
www.parkland-klinik.de

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.



BDB Bergische Diakonie
Betriebsgesellschaft gGmbH

Das Heilpädagogisch-Psychotherapeutische Zentrum, Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

ist eine modellhafte klinische Einrichtung für Langzeitpsychotherapie, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Jugendhilfe integriert werden. Bei grundsätzlich tiefenpsychologisch-systemischer Ausrichtung arbeiten wir traumazentriert, unter Einbeziehung verhaltenstherapeutischer Ansätze.

Im stationären Bereich unserer Einrichtung behandeln und betreuen wir 60 Jungen und Mädchen im Alter von 6-15 Jahren nach sorgfältiger Diagnostik und Vorbereitung in unserer Institutsambulanz.

Für die neu zu eröffnende

Therapeutische Wohngruppe für traumatisierte Mädchen
suchen wir ab sofort oder zum 1.1.2008 eine

Dipl.-Psychologin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

als Behandlungsleiterin und Therapeutin, mit abgeschlossener oder fortgeschrittener Psychotherapieausbildung, fundierten Kenntnissen und Erfahrungen in der Psycho-traumatologie sowie einer Ausbildung in EMDR und Erfahrungen in der Anwendung der Methode.

Dabei ist bereits im Vorfeld der Eröffnung Ihre konzeptionelle Mitgestaltung gefragt sowie die Anleitung des – ausschließlich weiblichen – pädagogischen Teams.

Das Aufnahmealter der 7 Mädchen wird 6 – 12 Jahre betragen, die Behandlungsdauer 1-2 Jahre.

Für alle Bewerbungen ist die Mitgliedschaft in einer Religionsgemeinschaft, die der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen (ACK) angehört, Voraussetzung.

Bewerbungsunterlagen erbitten wir an die **BDB Bergische Betriebsgesellschaft gGmbH, Personalwesen, Otto-Ohl-Weg 10, 42489 Wülfrath.**

E-Mail: personalwesen@bergische-diakonie.de;
Internet: www.bergische-diakonie.de

LWL-Klinik Marsberg

Kinder- und Jugendpsychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik

KULTUR

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist Träger eines großen Gesundheitsdienstleisters für psychiatrische Behandlung und Betreuung. Dieser LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen umfasst Kliniken, Pflegezentren, Wohnverbünde und Rehabilitationsinstitute mit ca. 6.360 Behandlungs- und Betreuungsplätzen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Rund 8.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter behandeln und betreuen in mehr als 100 Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen jährlich über 140.000 Menschen.

Die LWL-Klinik Marsberg ist eine moderne, überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Fachklinik, die alle im Fachgebiet auftretenden Störungsbilder behandelt. Der Chefarzt verfügt über die volle Weiterbildungsmöglichkeit für das Fachgebiet. Wir sind zuständig für die kinder- und jugendpsychiatrische Pflichtversorgung der Landkreise HSK, Paderborn und Höxter und verfügen über 7 Stationen im Krankenhausbereich, 2 Maßregelstationen und 3 Tageskliniken (Höxter, Meschede, Paderborn) für Kinder- und Jugendliche. Im stationären Bereich halten auch wir überregional ausgelegte Spezialangebote (Jugendliche mit Borderline-Störungen, Ess-Störungen, Traumatherapie, qualifizierte Drogenentzugsbehandlung, intellektuell beeinträchtigte Kinder- und Jugendliche mit psychiatrischen Störungen) vor.

Für unseren jugendforensischen Bereich in Marsberg suchen wir **ab sofort eine/einen an jugendforensischen Fragestellungen** interessierte/interessierten

Diplom-Psychologin/Psychologen

oder

forensische/n Psychologin/Psychologen

Ihre wichtigsten Aufgaben:

- Therapeutische Leitung einer Station
- Aktive Beteiligung an der Weiterentwicklung des fachlichen Neulands jugendforensischer Behandlungskonzepte
- Ggf. wissenschaftliche Arbeit in diesem Kontext

Wir erwarten von Ihnen:

- Eine Persönlichkeit mit mehrjähriger Berufserfahrung und guten fachlich-jugendpsychotherapeutischen und familien-therapeutischen Qualifikationen sowie Interesse an forensischen Fragestellungen
- Eigenständigkeit, Teamfähigkeit, Integrationskraft und hohe Verantwortungsbereitschaft
- Freude an der Entwicklung innovativer Konzepte

Wir bieten:

- Eine besonders verantwortungsvolle und vielseitige Tätigkeit in enger Zusammenarbeit mit erfahrenen Kollegen im multiprofessionellen therapeutischen Team
- Ein langfristig angelegtes Beschäftigungsverhältnis mit einem hohen Grad an eigenverantwortlichem Arbeiten und großen Gestaltungsmöglichkeiten
- Ggf. großzügige Kostenübernahme für den Umzug in die Region
- Gute Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung, auch im Rahmen des Psychiatrieverbundes LWL
- Förderung von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Eine leistungsgerechte Vergütung nach dem TVöD
- Die Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes mit einer zusätzlichen Altersversorgung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe

Darüber hinaus sind wir immer an perspektivischen Spontanbewerbungen von Assistenzärztinnen/Assistenzärzten in Weiterbildung sowohl für die Kinder- und Jugendklinik, als auch für die erwachsenen psychiatrische LWL-Klinik interessiert.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung.

Bei weiterem Informationsbedarf steht Ihnen der Chefarzt, Herr Dr. med. Falk Burchard, unter Tel.: 02992/601-3100 gerne zur Verfügung. Darüber hinaus können Sie sich auch im Internet unter www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de über die Klinik informieren.

Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht. Frauen werden gemäß des Landesgleichstellungsgesetzes NW bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung bevorzugt berücksichtigt, sofern nicht in der Person eines Mitbewerbers liegende Gründe überwiegen. Bewerbungen geeigneter schwerbehinderter Frauen und Männer sind ebenfalls ausdrücklich erwünscht.

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen senden Sie bitte **innerhalb von 4 Wochen** an:

LWL-Klinik Marsberg
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie
Psychosomatik
Personalabteilung
Weist 45 · 34431 Marsberg

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

PSYCHIATRIE

SOZIALES

Zeiten erlebt hat. Während das Haus an vielen Stellen große Schäden davongetragen hat, ist es immer noch fähig, seine Bewohner viele gute Jahre mit Schutz zu versorgen. Dies ist ein Gebäude mit Geschichte und einem besonderem Charme. Neue Häuser haben nicht das Aussehen dieser großartigen alten Gebäude.“

Lösungsorientierte Fragen. Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie bietet einige Fragetechniken an, um den Fokus von den Einschränkungen auf die Möglichkeiten des Patienten zu richten (von Schlippe & Schweitzer, 2003). Dadurch kann eine akzeptierende Einstellung gegenüber der Krankheit und des Leidens unterstützt werden. Fragen nach Ressourcen helfen Lebensbereiche aufzudecken, mit denen der Patient zufrieden ist oder in denen er sich kompetent fühlt (z. B. *Was machen Sie gern, was machen Sie gut? Was müssten Sie tun, um mehr davon zu machen?*). Fragen nach Ausnahmen vom Problem explorieren die Bedingungen für problemfreie Zeiten (z. B. *Wie haben Sie es geschafft, in diesen Zeiten das Problem nicht auftreten zu lassen?*). Der Patient wird aufgefordert, die eigenen Ressourcen stärker zu nutzen oder mehr von den Dingen zu tun, die das eigene Leben bereichern. Fällt einem Patienten keine Ausnahme ein („alles ist furchtbar“), kann noch ein Wunder helfen. Mit der Wunderfrage erkundigt sich der Therapeut, was der Patient nach einem vorgestellten Wunder genau macht, und dies sind häufig schlichte, aber angenehme Tätigkeiten, die er schon jetzt in Ausnahmen macht. Eine daran anschließende Intervention könnte sein, sich für einen bestimmten Zeitraum einmal so zu verhalten, als sei das Wunder bereits passiert, z. B. für 15 Minuten am Tag.

Imaginationsübungen. Imaginationsübungen eignen sich auch dazu, eine akzeptierende Einstellung zu eigenen Einschränkungen aufzubauen. Diese können innerhalb der Therapiesitzung vom Therapeuten angeleitet, aber auch zwischen den Sitzungen vom Patienten selbst eingeübt werden. Zum Beispiel (nach Sharoff, 2004, S. 55): *„Stürmisches Wasser prallt gegen eine Wand mit einem geschlossenen Tor in der Mit-*

te. Das stürmische Wasser steht für die Ablehnung und Hass der Krankheit und der Symptome. Dann öffnet sich das Tor und das Wasser strömt heftig hinein, so dass alles innerhalb der Wände bedroht ist, überflutet zu werden. Das steht für den ersten Schock, als Sie realisierten, dass Leiden zu einem Teil Ihres Lebens werden wird, und wie sehr es das Leben negativ dominieren wird. Nach ein paar Minuten breitet sich das Wasser aus und wird ruhig. Das ruhige Wasser symbolisiert, dass Sie das Leiden akzeptieren und bereit sind, Ihre Aufgabe anzunehmen. Das Wasser wird in diesem Moment vom Land aufgenommen und nicht mehr bemerkt.“

Förderung von Selbständigkeit

Selbständigkeitsinterventionen sind ein Beispiel dafür, dass der Alterspsychotherapeut neue Wege beschreitet und seine Angebote auf das Training von Angehörigen und die Supervision von Pflegekräften ausweiten kann. Sie zielen darauf ab, ADLs und IADLs zu trainieren. Dabei kann es um die Verbesserung vorhandener Fähigkeiten gehen oder um die Kompensation beeinträchtigter Funktionen. Es empfiehlt sich, zum Aufbau der Selbständigkeit Angehörige oder Pflegepersonen einzubinden, da der Patient die praktischen Übungen, die er oft wiederholen muss, zu Anfang nicht alleine durchführen kann. Die Regeln eines Programms zur Selbstständigkeitsförderung sind folgende (Zank, 2002):

Zielwahl. Als Grundlage für die Wahl des zu trainierenden Zielverhaltens kann der Therapeut eine Beurteilung der funktionalen Fähigkeiten des Patienten durchführen. Hierzu dienen Fremdbeurteilungsinstrumente wie der Barthel-Index (Lübke, Grassl, Kundy, Meier-Baumgartner & Wilk, 2001) und die IADL-Skala von Lawton und Brody (1969), die im Internet kostenlos verfügbar sind. Die Zielauswahl sollte realistisch sein, d.h. erreichbar, und nicht den Patienten überfordern. Beispiele für Ziele sind „sich selbständig duschen“, „sich anziehen“, „sich rasieren“. Wenn möglich, sollten größere Ziele in mehrere Teilschritte unterteilt werden, z. B. kann „sich duschen“ unterteilt werden in „in die Dusche

steigen“, „sich einseifen“, „Duschkopf verwenden“, „aussteigen“, „sich abtrocknen“ usw.

Verstärkerwahl. Im Gespräch wählen Therapeut, Patient und Angehörige bzw. Pflegepersonen angemessene Verstärker aus. Dabei kann es sich um verbale Verstärkung handeln (sich selbst loben bzw. den Patienten loben) oder um angenehme Aktivitäten oder materielle Verstärker (eine Liste altersentsprechender verstärkender Aktivitäten ist in Forstmeier & Maercker, 2007b, abgedruckt).

Motivation. Zur weiteren Motivation tragen Patient und Therapeut zusammen, welche positiven (kurz- und langfristigen) Folgen das Üben der Tätigkeit hat (z. B. *Was werden Sie dann machen können, was Ihre Bedürfnisse erfüllt? Wofür ist es gut, wenn Sie ...?*). Positive Anreize sind z.B. Gefühl der Kompetenz, tatsächliche Zunahme von Fertigkeiten, Freude, Anerkennung von anderen, symbolische oder materielle Belohnungen, Eröffnung neuer Verhaltensmöglichkeiten usw.

Schrittweiser Aufbau des Zielverhaltens. Das Verhalten wird schrittweise ausgeformt, indem zunächst nicht das vollständige Zielverhalten verstärkt wird, sondern schon erste Teilelemente des Zielverhaltens (Shaping). Der Therapeut bzw. die Pflegeperson verstärkt zunächst erste Annäherungen (z. B. in die Dusche steigen), dann nur noch weitere Annäherungen (z. B. einseifen, abduschen), bis das Zielverhalten erreicht ist.

Unterstützende Umwelt und Unterstützung der Durchführung. Bei der Durchführung erläutert die trainierende Person jeden Teilschritt nochmals kurz. Klare, kurze Anweisungen sind wichtig (Prompting). Schwierige Teilschritte macht der Trainer vor und verstärkt selbst kleinste Erfolge. Aus Misserfolgen sollte er Schlussfolgerungen ziehen, z. B. noch weitere Aufteilung und leichtere Zwischenschritte. Das Training der gewählten Verhaltensweisen sollte möglichst täglich erfolgen. Beispiele für unterstützende Umweltveränderungen sind: die Kleider bereitlegen, spezielle Bestecke zum Essen verwenden, spezielle Stühle verwenden.

4. Behandlung von Angststörungen im Alter

Die Elemente der Behandlung von Angststörungen entsprechen weitgehend denen der Therapie im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter. Zu den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen, die auch in der Angstbehandlung im Alter angewendet werden, gehören: Bedingungsanalyse, Psychoedukation (z. B. „Teufelskreis-Modell“), Entspannungstraining, Reizkonfrontation, Training sozialer Kompetenz und kognitive Restrukturierung (Wisocki, 2002). Zu den Besonderheiten in der Therapie älterer Angstpatienten gehört eine etwa doppelt so hohe Anzahl an Sitzungen, eine reduzierte Intensität bei Desensibilisierung und Exposition wegen des schwächeren Gesundheitszustandes (subjektives Angsterleben sollte im mittleren Bereich bleiben), sowie eine verstärkte Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten, um zu identifizieren, welche Symptome über das für die körperliche Krankheit zu erwartende Ausmaß hinausgehen (Nä-

heres in Forstmeier & Maercker, 2007b, angenommen). Als Beispiel wird im Folgenden die Fallangst betrachtet.

Behandlung der Fallangst

Die Angst hinzufallen ist in fast der Hälfte der älteren Menschen vorhanden (Zijlstra et al., 2007). Da Fallangst einen älteren Menschen in einen Teufelskreis von Verlust an Selbstvertrauen, Aufgabe körperlicher und sozialer Aktivitäten, körperliche Gebrechlichkeit, Hinfallen und Verlust der Unabhängigkeit bringt, handelt es sich um eine ernstzunehmende Angststörung. Auch wenn es bisher kein gut überprüftes Störungsmodell gibt, spielen sicher der altersbedingte körperliche Abbau, das Erleben von Hinfällen, Vermeidungsverhalten und dysfunktionale Überzeugungen eine Rolle.

Kognitive Umstrukturierung. Fallangstpatienten weisen mehrere dysfunktionale Überzeugungen auf. Das Risiko zu fallen wird überschätzt, das Fallen als unkontrollierbar beurteilt und die Folgen werden

katastrophisiert. Derartige hinderliche Gedanken werden identifiziert und ihre negativen Folgen auf Gefühle und Verhalten analysiert. Schliesslich ist das Ziel, hilfreiche und realistische Gedanken gezielt zu üben, die zu angemessenem körperlichen und sozialen Verhalten ermutigen.

Aufbau angemessener Aktivitäten. Riskantes Verhalten, das die Wahrscheinlichkeit zu fallen erhöht, wird identifiziert und sichere Verhaltensweisen in entsprechenden Situationen geplant. Dabei ist es wichtig, realistische Ziele zu setzen, um den Patienten nicht zu überfordern. Im Zusammenhang mit der Planung von angenehmen körperlichen und sozialen Aktivitäten wird es in den meisten Fällen notwendig sein, selbst-hinderliche Gedanken durch ermutigende zu ersetzen.

Modifikationen der Umwelt. Gemeinsam werden Gefahrenstellen in der Wohnung und der Umgebung des Patienten identifiziert. Dabei ist das Ziel, einfache Lösungen zu finden, um die Umwelt sicherer zu ma-

Aktuelle Seminarreihen

der Akademie für
Fortbildung in Psychotherapie



Psychotraumatologie

Dialektisch-Behaviorale Therapie für
Adoleszenz (DBT-A)

Energetische Psychologie

Lerntherapie mit Kindern und
Jugendlichen bei Lern-Leistungsstörungen

www.afp-info.de

Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.



© Christoph-Dornier-Klinik, 2007

(0251) 48 10-110

Finden Sie Ihren
persönlichen Weg!

Magersucht und Bulimie ...bewältigen

Finden Sie mit unserer Unterstützung und im Rahmen intensiver Psychotherapie Ihren persönlichen Weg aus der **Magersucht** oder **Bulimie**.

Mit unserem wissenschaftlich fundierten Konzept behandeln wir, mit einem überdurchschnittlich großen Anteil an Einzeltherapien, Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahren, auch mit stark chronifizierten Ess-Störungen.

Kostenübernahme: Beihilfe, Privatversicherungen, GKV-Einzelfallentscheidung.

Außerdem behandeln wir:

- **Angststörungen**
- **Zwangserkrankungen**
- **Depressionen**
- **Posttraumatische Belastungsstörungen**



Christoph-Dornier-Klinik
für Psychotherapie

Tibusstraße 7 - 11, 48143 Münster
Telefon (0251) 4810-110
www.c-d-k.de

Ärztliche Leitung: Dr. med. Schide Nedjat
Volker J. Rövekamp

chen. Dies kann auch den Gebrauch von Hilfsmitteln wie Stühlen in der Dusche, Handgriffen und Gehhilfen beinhalten. In diesem Zusammenhang ist es vielfach notwendig, Selbstsicherheit aufzubauen, da eine negative Bewertung durch andere befürchtet wird, wenn man zum Beispiel Gehhilfen in der Öffentlichkeit benutzt.

Körperliche Übungen. Um die Muskelkraft und Balance zu steigern, wird der Patient dazu angeleitet, entsprechende körperliche Übungen durchzuführen. Zum Motivationsaufbau werden die Konsequenzen der körperlichen Inaktivität sowie die Notwendigkeit von körperlicher Aktivität zur Fallprävention erarbeitet. Einfache körperliche Übungen können vom Psychotherapeuten angeleitet werden, eine Zusammenarbeit mit lokalen Seniorensport-Gruppen ist aber notwendig.

5. Behandlung der Depression im Alter

Da wir die Behandlung der Altersdepression an anderer Stelle genauer darstellen (Forstmeier & Maercker, 2007b, angenommen), möchten wir hier nur einige wichtige Besonderheiten für die Alterspsychotherapie hervorheben. Ein Störungsmodell der Altersdepression muss mit altersspezifischen Faktoren angereichert werden. Dazu gehören körperliche Erkrankungen, kognitiver Abbau und Lebensereignisse wie Berentung, Tod nahe stehender Personen und Übergang ins Seniorenheim. In Folge dieser altersspezifischen Veränderungen können psychische Beeinträchtigungen, resignative Tendenzen und Depressionen entstehen (Hautzinger, 2000),

- wenn es der betreffenden Person nicht gelingt, neue bzw. veränderte Ziele zu entwickeln,
- wenn es ihr nicht gelingt, eine Selektion an Lebensbereichen, Ansprüchen und Handlungsbereichen vorzunehmen,
- wenn es ihr an kompensatorischen Fertigkeiten und Ressourcen fehlt, und/oder
- wenn sie durch eine reduzierte, verarmte, wenig unterstützende Umwelt nicht zu optimaler Nutzung, Stärkung und

Neuentwicklung von Fähigkeiten und Lebensbereichen in der Lage ist.

Therapieziele. Hautzinger (2000) integriert das SOK-Modell nicht nur in einem solchen Störungsmodell, sondern richtet auch die Therapieziele danach aus:

- **Selektion:** Ziele, Ansprüche, und Wünsche den Lebensbedingungen und der körperlichen Verfassung anpassen; Bearbeiten und Aufgeben alter Enttäuschungen und Hoffnungen
- **Optimierung:** Depressionsfördernde Bedingungen in der Alltagswelt des Patienten beseitigen (z. B. Isolation, ungünstige Wohn- und Lebensbedingungen); enge Sozialpartner und die Familie mit in die Behandlung einbeziehen
- **Kompensation:** Patientenkontingent für aktives, nicht-depressives Verhalten verstärken; aktives, die Umwelt kontrollierendes Verhalten aufbauen bzw. wieder freilegen; dysfunktionale, wenig hilfreiche, resignative Kognitionen abbauen und durch konstruktivere, selbstwertdienlichere ersetzen.

Interventionen. Die Interventionen, die zur Erreichung dieser Therapieziele dienen, entsprechen weitgehend denen der Therapie im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter: Psychoedukation (z. B. Depressionsspirale); Stimmungs-, Tages- und Wochenplan zur Selbstbeobachtung und Planung; Aufbau angenehmer Aktivitäten; Gedankenkontrolle, Einüben hilfreicher Gedanken, kognitive Umstrukturierung; soziale Kompetenz im Alltag, alte Beziehungen gestalten, neue knüpfen; Krisen- und Notfallplan. Eine sehr gute Anleitung mit vielen Materialien ist bei Hautzinger (2000) zu finden.

Besonderheiten. Es gibt jedoch einige Besonderheiten in der Therapie älterer Depressionspatienten. In der Psychoedukation sollte der Missdeutung der Depression als Zeichen von Schwäche oder Verrücktheit begegnet werden. Eine altersangepasste Liste angenehmer Aktivitäten sollte verwendet werden (z. B. in Forstmeier & Maercker, 2007b). Dysfunktionale Gedanken bei funktionellen Einschränkungen (siehe oben) und Verlusterlebnissen soll-

ten besondere Beachtung erhalten. Kognitive und behaviorale Strategien können angewendet werden, um eine neue Zukunftsperspektive aufzubauen (z. B. über Lebensrückblicksinterventionen; Forstmeier & Maercker, 2007b, angenommen) sowie Wahl- und Kontrollmöglichkeiten zu identifizieren, die noch zur Verfügung stehen. Es sollte bedacht werden, dass das *normale* Altern von einer Verkleinerung des sozialen Netzwerkes begleitet ist, mit einer größeren emotionalen Bedeutung der wenigen sozialen Beziehungen. Daher geht es in der Therapie mit älteren Patienten häufig nicht um den Aufbau sozialer Kontakte, sondern um die Verbesserung bzw. Intensivierung bestehender Kontakte.

6. Psychotherapie bei kognitiver Beeinträchtigung und Frühdemenz

Ein Demenzsyndrom ist gekennzeichnet durch kognitive Defizite im Gedächtnis und mindestens einer weiteren kognitiven Funktion und durch emotionale, motivationale und/oder soziale Beeinträchtigungen. Hinzu kommt, dass eine Bewusstseinsstörung wie im Delir fehlen muss und die Symptome seit mindestens sechs Monaten vorhanden sind. Der Schweregrad einer Demenz wird in drei Stufen eingeteilt: leicht, mittelgradig, schwer. Die häufigsten Störungen, bei denen eine Demenz auftreten kann, sind die Alzheimer-Krankheit und vaskuläre Erkrankungen (z. B. Wallisch & Förstl, 2005). Die Prävalenz der Demenzerkrankungen liegt bei 70- bis 100-Jährigen bei ca. 14% (Wernicke, Linden, Gilberg & Helmchen, 2000).

Für den Bereich zwischen einer nichtpathologischen kognitiven Beeinträchtigung im Alter und den stark beeinträchtigenden Demenzformen hat sich das Konzept der *Mild Cognitive Impairment (MCI)* etabliert. Am häufigsten in der klinischen Praxis ist der Subtyp der amnestischen MCI, d.h. einer leichten Gedächtnisbeeinträchtigung ohne Einschränkungen in anderen kognitiven Bereichen. Die Prävalenz der MCI liegt zwischen 3% und 19% bei Menschen über 65 Jahre (Ritchie, 2004). Patienten mit MCI haben ein erhöhtes Risiko, eine Demenz, meist Alzheimer-Demenz (AD),

zu entwickeln. Daher sind sie eine wichtige Zielgruppe für präventionsorientierte Interventionen.

Die Genese von AD und kognitiver Beeinträchtigung ist multifaktoriell bedingt. Es gibt einige empirische Befunde, die zeigen, dass motivationale Faktoren den Beginn der klinischen Manifestation der AD sowie ihre Progression beeinflussen, neben genetischen, medizinischen und kognitiven Faktoren. Wir haben daher das Konstrukt der motivationalen Reservekapazität (MR) in die psychologische Demenzforschung eingebracht (Forstmeier & Maercker, 2007a). Es umfasst vier motivationale Fähigkeiten, die einen Schutz bieten gegen das relativ frühe Auftreten und Verschlechtern klinischer Aspekte der AD: Entscheidungsregulation, Aktivierungsregulation, Motivationsregulation und Selbstwirksamkeit. Gegenwärtig wird das Konzept der MR in Längsschnittstudien überprüft.

Verschiedene Forschungsbefunde zeigen, dass Lernen und Verhaltensänderung

prinzipiell auch für Patienten mit einer Demenzerkrankung bis in mittlere Krankheitsstadien noch möglich ist. Geeignete verhaltenstherapeutische Interventionen können daher bis zu einem gewissen Grad die Progression einer dementiellen Erkrankung verzögern. Die begleitenden emotionalen und behavioralen Probleme sind ebenfalls Ziel einer Psychotherapie. Während in früheren Phasen der Demenz besonders der Aufbau angenehmer Aktivitäten, die Förderung emotionaler Bewältigung, die kognitive Restrukturierung sowie die Förderung kognitiver Funktionen sinnvoll sind, treten in späteren Phasen die Modifikation von Verhaltensproblemen und die Beratung von Angehörigen in den Vordergrund (Ehrhardt & Plattner, 1999; Forstmeier & Maercker, 2007b). Auf die Angehörigenberatung können wir in diesem Rahmen nicht weiter eingehen.

Psychoedukation

Das Ziel der Psychoedukation bei Demenzpatienten ist die Information über die Krankheit, die Beseitigung von Unsicher-

heit und die Motivierung des Patienten für die Psychotherapie. Bestandteile der Informationen über die Demenzerkrankung bzw. MCI sind die diagnostischen Befunde, epidemiologischen Daten, der zukünftige Verlauf, Ursachenfaktoren und eine Verhaltensanalyse. Auch wenn der Patient bereits seine Diagnose kennt, ist es einsichtig, dass über die Diagnosestellung mit Empathie, Wärme und Wertschätzung gesprochen werden sollte. Nicht selten leugnen Patienten kognitive Defizite oder bagatellisieren sie. Gerade in frühen Stadien einer Demenz, in der die kognitive Fähigkeit, die Diagnose zu verstehen, noch erhalten ist, kann dieses Verleugnen häufig als Bewältigungsstrategie interpretiert werden. Der Patient kann so negative Gefühle wie Trauer, Angst und Wut vermeiden. Deshalb sollte dem Patienten Zeit gegeben werden, sich mit den Informationen auseinanderzusetzen und eigene Fragen zu formulieren.

Speziell bei der MCI sollte der Patient auf Risikofaktoren kognitiven Abbaus psycho-

AntragPro

Die Software zur einfachen und schnellen Erstellung psychotherapeutischer Gutachten

- umfangreiche Mustertextsammlung (min. 100 pro Modul)
- praxisgerechte Mustertexte von erfahrenen Psychotherapeuten und Psychoanalytikern
- schnelle Auswahl nach Diagnosen, Schlagwörtern, etc.
- integrierte Patientenverwaltung
- Übernahme von erstellten Gutachten in den Fundus
- Zur Zeit erhältliche Module:
Erst- & Umwandlungsanträge TP f. Erwachsene
Erst- & Umwandlungsanträge TP f. Kinder u. Jugendliche
- Module in Vorbereitung:
Erst- & Umwandlungsanträge AP f. Erwachsene
Fortführungsanträge TP f. Erwachsene

**Information & Bestellung
im Internet unter
www.antrag-pro.de
oder per Telefon
0228 - 21 14 06**

PSY.DV

Software für Psychotherapeuten
Adler & Röhn GbR · Isenbergstr. 66 · 45130 Essen

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE
UNIVERSITÄT FRANKFURT AM MAIN
JOHANNES GUTENBERG
UNIVERSITÄT MAINZ
JUSTUS-LIEBIG-
UNIVERSITÄT GIESSEN
Philipps
Universität
Marburg

3. Praxissymposium des Universitätsverbundes der
Psychologischen Institute der Universitäten
Frankfurt, Gießen, Mainz und Marburg

„Körperliche Beschwerden psychotherapeutisch behandeln“ Samstag, 14. Juni 2008

9.15-18 h im Lindner Congress Hotel in Frankfurt/Höchst

Programm

Vormittags Vorträge und nachmittags Workshops zu
folgenden Themen:

Dr. Paul Nilges

„Ich hab's doch im Rücken
und nicht im Kopf“: Von der
Schmerzbewältigung zur
Schmerzpsychotherapie
How to modify health anxiety
Ist Biofeedback auch etwas für die
Praxis?

Prof. Paul Salkovskis

Prof. Alexandra Martin

Dr. Almut Dorn

Psychoonkologie: für wen – von
wem

ergänzender Nachmittagsworkshop:

Dr. Gaby Bleichhardt Therapie bei Krankheitsängsten

Wir freuen uns auf einen anregenden
Veranstaltungstag mit Ihnen.

Kontakt/Info: IPAM, Gutenbergstr. 18, 35032 Marburg/Lahn,
Tel.: 06421/2823581, Fax: 06421/2823707,
mail@Ausbildung-in-Psychotherapie.de,
www.ausbildung-in-psychotherapie.de

Fortbildungspunkte sind beantragt

edukativ hingewiesen werden. Der MCI-Patient kann noch Einfluss nehmen auf diese, beim Demenzpatient hat dies weniger Sinn. Verschiedene Strategien, um die Risikofaktoren zu reduzieren, sind möglich: Kognitive und körperliche Aktivitäten, Weiterführen der sozialen Kontakte, Stressreduktion und -bewältigung, angemessene Ernährung, und Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren.

Bereits in den ersten Sitzungen, in denen durch Diagnostik und Psychoedukation über Diagnose und Behandlung schwerpunktmässig die gestörten Bereiche des Patienten im Mittelpunkt stehen, ist ein Perspektivenwechsel auf die erhaltenen Kompetenzen wichtig. An diesem frühen Punkt der Therapie dient die Ressourcenaktivierung der Förderung von Hoffnung und Motivation, indem der Patient darin bestätigt wird, viele Bereiche seines Lebens noch selbständig gestalten zu können. Berücksichtigt werden sollten kognitive Fähigkeiten, emotionale, motivationale, volitionale, interpersonale und soziale Ressourcen (Forstmeier, Uhlenhorff & Maercker, 2005).

Aufbau angenehmer Aktivitäten

Wie in der Verhaltenstherapie von Depressionen ist das Ziel des Aktivitätsaufbaus, schrittweise angenehme Aktivitäten zu planen und häufiger als bisher durchzuführen. Dabei geht es um Aktivitäten aus ganz verschiedenen Bereichen, nämlich soziale, körperliche, kognitive, kreative u. a. Folgende fünf Schritte bieten sich an:

- In einem einfachen Teufelskreismodell wird erklärt, welche Auswirkung Inaktivität auf den kognitiven Abbau und depressive Stimmung hat und letztere wiederum Aufgabe von Aktivitäten nach sich zieht. Entsprechend wird dem Patienten erklärt, dass Aktivitäten die neuronale Plastizität erhöhen, der kognitive Abbau dadurch verlangsamt werden kann, und auch die Stimmung sich durch einen aktiveren Lebensstil verbessert.
- Das gegenwärtige Aktivitätsniveau wird bestimmt, indem der Patient alleine oder gemeinsam mit dem Therapeuten einen Wochenplan ausfüllt.

- Zur Auswahl geeigneter angenehmer Aktivitäten bieten sich für den Therapeuten drei Quellen an: der Wochenplan, eine Liste angenehmer Aktivitäten (z. B. in Forstmeier & Maercker, 2007b), sowie eine Exploration früher ausgeübter Aktivitäten, die der Patient aufgegeben hat, und der Motivation für neue Aktivitäten. Bei der Auswahl von geeigneten Aktivitäten sollten überfordernde Handlungen vermieden werden, da Misserfolge die depressive Stimmung und Inaktivität des Patienten verschlimmern können.
- Geplant wird, welche Schritte der Patient konkret durchführen muss. Diese Handlungsplanung nimmt der Patient am besten schriftlich mit nach Hause. In jeder Sitzung werden Erfolge und Misserfolge in der Umsetzung von angenehmen Aktivitäten besprochen. Neue Aktivitäten können hinzugenommen werden, das Anspruchsniveau kann vermindert oder erhöht werden und Tätigkeiten können verändert werden.
- Die vom Patienten ausgeführten Aktivitäten werden mittelbar (z. B. Lob) und unmittelbar (angenehm erlebte Aktivitäten) verstärkt.

Förderung emotionaler Bewältigung

Das empathische Rückmelden der Emotion führt häufig schon zu einer Erleichterung der depressiven Stimmung, der Angst oder des Ärgers (z. B. „*Sie scheinen gerade ziemlich verärgert zu sein.*“). Der Gedächtnisverlust führt in mittleren und späten Phasen der Demenz dazu, dass die Ursache der Emotion unbekannt ist. Ein Patient kann z. B. verärgert sein, weil seine Mutter, die tatsächlich vor einigen Jahren verstorben ist, ihn nicht, wie verabredet, angerufen hat. Wichtig zur emotionalen Bewältigung ist das Reflektieren der Emotion. Ob die gegenwärtige Realität in Erinnerung gerufen wird (z. B. dass die Mutter verstorben ist), muss von Einzelfall und dem Erkrankungsstadium abhängig gemacht werden. In einer frühen Phase der Erkrankung, in der manche Patienten mit Verleugnung reagieren, dient das Reflektieren der Gefühle auch dem Akzeptieren der Diagnose.

Wie die Angehörigen und Pflegepersonen mit ihren Emotionen umgehen bzw. dem Patienten gegenüber ausdrücken, beeinflusst stark den emotionalen Zustand des Patienten. Auf Angst, Frustration und Ärger der Betreuer reagiert der Patient häufig mit erhöhter Agitation und Aggressivität. Daher ist eine indirekte Strategie zur Beeinflussung der Gefühle des Patienten, eine hilfreiche Emotionsregulation der Angehörigen und Pflegepersonen zu fördern.

Kognitive Restrukturierung

In unterschiedlichen Phasen des Therapieprozesses werden Strategien der kognitiven Restrukturierung eingesetzt. Zu Anfang der Therapie geht es häufig um das Akzeptieren der Diagnose, aber auch im weiteren Verlauf sind depressiogene und Aktivitätshinderliche Kognitionen zu bearbeiten. Das Einüben von funktionalen Kognitionen in der Vorstellung, wie es in der kognitiven Therapie häufig durchgeführt wird, ist dagegen beim kognitiv beeinträchtigten Demenzpatienten nur in begrenztem Maße sinnvoll. Der Patient kann darin unterstützt werden, seine Erkrankung zu akzeptieren, indem der Therapeut

- die schlimmen Befürchtungen, welches Leiden die kommenden Krankheitsstadien bringen werden, entkatastrophisiert;
- ihm hilft, realistische, d.h. erreichbare Ziele und Erwartungen zu setzen, die ihn nicht überfordern;
- den Blick des Patienten auf die vorhandenen Kompetenzen und positiven Aspekte seines Lebens und seine Ressourcen richtet;
- mit dem Patienten erarbeitet, die verbleibenden Möglichkeiten sinnvoll zu nutzen.

Förderung kognitiver Funktionen

Die Gedächtnisbeeinträchtigungen bei Demenz sind zwar die prominentesten Symptome, dies heisst jedoch nicht, dass Lernen, zumindest bis in mittlere Phasen hinein, unmöglich ist. Externe Gedächtnishilfen ermöglichen die externe Speicherung von Informationen und erleichtern den Abruf von Informationen. Welche externen Gedächtnishilfen verwendet wer-

den, hängt von den Interessen des Patienten ab. Die Verwendung eines Tagebuchs ist z. B. wenig indiziert, wenn ein Patient noch nie gerne mit Papier und Stift umgegangen ist. Jede Gedächtnishilfe sollte daher gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet werden. Beispiele sind: Notizbuch, Kalender, Listen, Orientierungsschilder, Zeitschaltuhren und Wecker, Vereinbaren von Routinehandlungen.

Unter bestimmten Umständen ist das Lernen neuer, aber einfacher Informationen möglich. Selbst Personen mit mittelgradiger Demenz können noch die Namen von Personen in einer regelmässigen Gruppe lernen, den Weg durch eine neue Wohnung oder Haus, oder die Verwendung von Gedächtnishilfen. Voraussetzung ist, dass der Therapeut einfache Formulierungen verwendet, das Material und den Lernprozess hoch strukturiert und viele Wiederholungen einsetzt. Lernen neuer Informationen wird erleichtert, wenn möglichst viele Sinneskanäle angesprochen werden (z. B.

Namen aufgeschrieben, ausgesprochen, präsentiert mit Fotos der Personen).

Kognitive Funktionen werden auch gefördert, indem vergangene Ereignisse und Gefühle der Lebensgeschichte erinnert und besprochen werden (Reminiszenztherapie). Ziel ist die Stärkung des Selbstwertgefühls durch eine positive Bilanzierung des eigenen Lebens und die Förderung des Bewusstseins der eigenen Identität. Als Auslöser für Erinnerungen werden z. B. Fotos, Musik, Zeitungen, Archivtonbänder, Filmaufnahmen und andere Erinnerungstücke aus der persönlichen Vergangenheit verwendet.

Modifikation von Verhaltensproblemen

Verhaltensprobleme gehören zu den stärksten Belastungen in den Beziehungen der Demenzpatienten zu ihren Verwandten, Bekannten und Pflegenden, wobei sie in der Frühphase eher selten und insgesamt schwächer sind. Typische Verhaltens-

probleme sind aggressives Verhalten, Panikreaktion, Wandern und Agitation, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus und psychotische Störungen. Zur Verhaltensmodifikation reichen die psychotherapeutischen Gespräche mit dem Demenzpatienten selbst nicht aus. Die Wirksamkeit der Strategien wie Stimuluskontrolle und operante Konditionierung beruht auf der konsequenten Umsetzung durch diejenigen Personen, mit denen der Patient Tag für Tag in Beziehung steht. Optimal wäre, die Angehörigen und/oder Pflegenden während aller Phasen der Verhaltensmodifikation zum einen in gemeinsamen Sitzungen mit dem Patienten dabei zu haben, zum anderen in zusätzlichen Sitzungen ohne den Patienten. Vier Schritte können in der Verhaltensmodifikation unterschieden werden.

- Verhaltensanalyse: Das Problemverhalten wird genau definiert; die Trigger-Ereignisse werden beobachtet und beschrieben (z. B. jemand war wütend auf den Patienten, erwartete zu viel von

1. Köln-Andernacher Fortbildungsreihe für Integration von Psychotherapie und Medizin

Thema im Jahr 2008:

Verhaltenstherapie trifft Tiefenpsychologie und beide die Medizin

Träger der ganzjährigen Fortbildungsreihe:
**Akademie für angewandte Psychologie
und Psychotherapie (APP Köln)**

**Institut für Psychotherapie und
Psychoanalyse Rhein-Eifel
Annelise Heigl-Evers-Institut**

Staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute

In Kooperation mit dem St. Nikolaus Stifts-Hospital
Andernach. Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität Bonn.

Das ausführliche Programm kann ab dem
01.01.2008 angefordert werden bei:

www.app-koeln.de
www.institut-rhein-eifel.de

ZPP

Zentrum für Psychologische Psychotherapie
Universität Heidelberg

Zusatzqualifikation Schwerpunkt Verhaltenstherapie Psychotherapie in Gruppen

Weiterbildung zum Erwerb der erweiterten
Fachkunde gemäß §§ 5 und 6 der
Psychotherapievereinbarungen

- **Dauer: 1 Jahr**
- **Beginn: Januar 2008**

Anmeldung:
Universität Heidelberg, ZPP
Hauptstr. 47-51, 69117 Heidelberg
Fon: 06221/54-7291, Fax: 06221/54-7200
Email: zpp@uni-hd.de
www.zpp.uni-hd.de

ihm, irritierende Geräusche); und die Konsequenzen für den Patienten und andere Personen werden beschrieben.

- Planen und Durchführen von Interventionen: Aufgrund der genauen Verhaltensanalyse werden Ansatzpunkte für Veränderungen abgeleitet. Es ist dabei wichtig, realistische und erreichbare Ziele zu setzen.
- Evaluation der Effektivität der Interventionen: Welche Intervention hat guten Erfolg gehabt, welche weniger? Woran hat der Misserfolg gelegen?
- Veränderung und wiederholte Evaluation des Planes: Welche weiteren Möglichkeiten der Intervention gibt es noch? Was eine Zeit lang effektiv gewesen war, kann irgendwann nicht mehr funktionieren. Eine regelmässige Evaluation der Interventionen ist daher notwendig.

Im Folgenden werden allgemeine Prinzipien zur Modifikation von Verhaltensproblemen genannt. Für detaillierte Strategien zum Umgang mit einzelnen Verhaltensproblemen sei z. B. auf Forstmeier und Maercker (2007b) verwiesen.

- Stimuluskontrolle: Veränderung von Umweltbedingungen, z. B. Vermeiden von Kritik, Geräuschen, beängstigenden Gegenständen usw., Verlassen der Situation, Ablenken, Tagesablauf mit festen Routinen.
- Operantes Konditionieren: z. B. Loben von angemessenem Verhalten.
- Beratung von Angehörigen und Pflegenden: Vermittlung von Fertigkeiten zur Kommunikation mit den Patienten und Pflege derselben; Bewältigung von Depressionen, Ärger und Ängsten.
- Professionelle Hilfsangebote: Information über Angebot zur Entlastung der Angehörigen, z. B. Tagespflege.
- Medizinische Abklärung: Behandlung von möglichen körperlichen Erkrankungen; Verändern der Medikation bei unerwünschten Nebenwirkungen.

7. Ausblick

In Zukunft wird es eine Normalität sein, in der psychotherapeutischen Praxis einen substantiellen Anteil älterer Patienten zu versorgen. Allein schon aufgrund der de-

mographischen Entwicklung, aber auch wegen des Einstellungswandels in der Gesellschaft ist es wahrscheinlich, dass die Anzahl von älteren Psychotherapiepatienten steigt.

Die Forschung und Weiterbildung auf dem Gebiet der Alterspsychotherapie sind im raschen Wachstum begriffen. Bestehende psychotherapeutische Methoden werden mit zunehmendem Kenntnisstand weiter für diese Altersgruppe modifiziert werden müssen. Einige Modifikationen haben wir beschrieben, wie die altersangepasste Liste angenehmer Aktivitäten, die Berücksichtigung der „normalen“ Verkleinerung des sozialen Netzwerkes, oder häufigere Reizexpositionen in reduzierter Intensität. Gerade die Multimorbidität im Alter ist eine Herausforderung, die veränderte Behandlungsstrategien erfordert. Einige für ältere Patienten gänzlich neu entwickelte Interventionen werden das Methodenrepertoire ergänzen. Die Selbständigkeitsintervention haben wir erwähnt, die Lebensrückblicksintervention ist ebenfalls ein solches spezifisch für die Alterspsychotherapie entwickeltes Verfahren (Forstmeier & Maercker, 2007b).

Ein Alterspsychotherapeut wird sich auch vermehrt mit anderen Störungen und Problemen auseinandersetzen, die in jüngeren Altersgruppen nicht vorhanden sind, z. B. Fallangst und Demenz. Bei älteren Patienten treten auch häufiger subsyndromale Krankheitsbilder auf, die durch bestehende Diagnosekategorien nicht abgebildet werden. Es ist damit zu rechnen, dass vermehrt altersspezifische Diagnosen erforscht werden, zu denen z. B. die rezidivierende kurze depressive Störung und die komplizierte Trauerstörung gehören (Maercker, 2002).

Diese Entwicklungen legen es nahe, dass sich Psychotherapeuten in altersspezifischen Interventionen weiterbilden sollten, entweder selbständig durch Literaturstudium oder formalisiert in entsprechenden Weiterbildungen. Vielleicht wird es auch mit zunehmendem Wissen über Alterspsychotherapie und andere psychologische Interventionen bei Älteren irgendwann zu einer eigenständigen Subspezialisierung

für Psychotherapeuten auf diesem Gebiet kommen.

Literatur

- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1996). Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau*, 47, 199-215.
- Bäurle, P., Radebold, H. & Hirsch, R. D. (2000). *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen. Grundlagen und Praxis*. Bern: Huber.
- Ehlert, U. (Hrsg.). (2003). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Ehrhardt, T. & Plattner, A. (1999). *Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer*. Göttingen: Hogrefe.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2007a). Motivational reserve: A new concept complementing cognitive reserve. *Alzheimer's and Dementia*, 3 (Suppl 2), 149-S150.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2007b). *Probleme des Alterns*. Band in der Reihe "Fortschritte der Psychotherapie". Göttingen: Hogrefe.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (angenommen). Verhaltenstherapie bei Depression, Angst und Traumafolgen im Alter. *Psychotherapie im Dialog*.
- Forstmeier, S., Uhlendorff, H. & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 18, 227-257.
- Füsgen, I. (2000). *Der ältere Patient: Problemorientierte Diagnostik und Therapie* (3 ed.). München: Urban & Fischer.
- Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Hayes, S. C., Strohsal, K. D. & Wilson, K. G. (2004). *Akzeptanz und Commitment Therapie: Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung*. München: CIP-Medien.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie* (2 ed.). Stuttgart: UTB.
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lübke, N., Grassl, A., Kundy, M., Meier-Baumgartner, H. P. & Wilk, J. (2001).



Mehr Handlungsspielraum bei der Praxisabgabe!

Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen

Herausgegeben von Dr. Uta Rüping und Ekkehard Mittelstaedt.

Ca. 330 Seiten. Gebunden. € 49,-

ISBN 978-3-938909-23-2

Neu im Dezember 2007

Der Prozess der Praxisübergabe der vertragspsychotherapeutischen Praxis ist ein komplexes Unterfangen: Das gilt für die Veräußerung genauso wie für den Kauf.

Wie sollte der Übergabeprozess gestaltet werden? Welche Handlungsalternativen gibt es bei der Veräußerung, welche gibt es beim Kauf? Wie lässt sich der Wert einer Praxis feststellen?

Das Werk wird den Besonderheiten psychotherapeutischer Praxen gerecht, zeigt Gestaltungsvarianten, rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen auf und umfasst die Themenkomplexe:

- Vertragsarztrechtliche Bedingungen und Verfahren der Praxisnachfolge
- Vertragsgestaltung
- Praxiswertberechnung
- Bewertung der Investition „Praxisverkauf“ (aus Käufersicht)

Das Buch wendet sich nicht nur an Verkäufer und Käufer psychotherapeutischer Praxen. Praxisinhaber erfahren was sich wertsteigernd auswirkt und verschaffen sich durch frühzeitiges Herangehen an das Thema mehr Chancen und Handlungsspielraum beim Verkauf. Berater, Steuerberater und Juristen finden ebenso Antworten wie Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern.

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Huthig
Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg,
Kundenbetreuung: Bestell-Tel. 089/54852-8178,
Bestell-Fax 089/54852-8137,
E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de,
www.psychotherapeutenverlag.de

**Psychotherapeuten
Verlag**

Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. *Geriatric Journal*, 1-2, 41-46.

Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie: Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut*, 48, 132-149.

Maercker, A. (Ed.). (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.

Ritchie, K. (2004). Mild cognitive impairment: an epidemiological perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 6, 401-408.

Sharoff, K. (2004). *Coping Skills Therapy for managing chronic and terminal illness*. New York: Springer.

Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In H. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 151-183). Berlin: Akademie-Verlag.

von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (9 ed.). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Wallesch, C.-W. & Förstl, H. (Eds.). (2005). *Demenzen*. Stuttgart: Thieme.

Wernicke, T. F., Linden, M., Gilberg, R. & Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old – results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 250, 111-119.

Wisocki, P. A. (2002). Angststörungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 167-194). Berlin: Springer.

Zank, S. (2002). Selbstständigkeitsinterventionen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 319-339). Berlin: Springer.

Zijlstra, G. A. R., van Haastregt, J. C. M., van Rossum, E., van Eijk, J. T. M., Yardley, L. & Kempen, G. I. (2007). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *Journal of the American Geriatric Society*, 55, 603-615.

Simon Forstmeier

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlestr. 14/17
CH – 8050 Zürich
s.forstmeier@psychologie.uzh.ch



Andreas Maercker

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlestr. 14/17
CH – 8050 Zürich
maercker@psychologie.uzh.ch

